

Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân có túi thừa tá tràng quanh nhú Vater

Results of endoscopic retrograde cholangiopancreatography for the treatment of common bile duct stones with perampullary duodenal diverticula (PAD)

NGUYỄN CẢNH BÌNH¹, NGUYỄN ĐẮC HIỆU², THÁI DOÃN KỲ¹, NGUYỄN LÂM TÙNG¹, PHẠM MINH NGỌC QUANG¹.

1. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, 2. Bệnh viện Quân Y 110

Abstract

*Periampullary duodenal diverticula (PAD) are seen in around 9 - 20% of patients with common bile duct (CBD) stones, which increases with age. PAD is one of the risk factors for CBD stones formation and also a major obstacle in the treatment of CBD stones by endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). **Aims:** To evaluate the efficacy and safety of ERCP for the treatment of CBD stones in patients with PAD. **Patients and methods:** A retrospective study was conducted on 73 CBD stone patients with PAD treated at the Department of Gastroenterology, 108 Central Military Hospital, from Jan 2019 to July 2020. Patients underwent ERCP to remove CBD stones. **Results:** There were 56.2% men and 43.8% women, the mean age was 71.1 ± 13.4 years old (range from 37 - 96 years old). The success rate of papillary cannulation was 94.5%; in which the success rate in PAD type 1 was 81.8%, in type 2 was 93.3% and in type 3 was 100%; there was no difference in the success rate of papillary cannulation among the three types of PAD ($p > 0.05$). The rate of sphincterotomy accounted for 85.5% of cases, in which the rate of sphincterotomy combined balloon dilatation was 62.7%. The rate of cleave stone removal was 89.9%, and there was no difference in the rate of cleave stone removal among the three types of PAD ($p > 0.05$). Extracted stone by balloon accounted for 59.4%, by basket 21.7%, and a combination of balloon with basket 18.9%. Mechanical lithotripsy was used in 15.9%; there was a significant difference in lithotripsy rate between patients with PAD type 1, type 2 and type 3 (44.4%, 21.4% and 3.1%) respectively ($p < 0.05$). The mean intervention time was 31.2 ± 12.8 minutes (10 - 60 minutes), there was no difference in intervention time between the three types ($p > 0.05$). The rate of complication was 5.5%, including duodenal perforation (1.4%), acute pancreatitis (4.1%). **Conclusions:** Our data showed that ERCP was safe and effective for the treatment of CBD stones in patients who have PAD with good success rate and low complication rate.*

Key words: Periampullary duodenal diverticula, common bile duct stones, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

Tóm tắt

Túi thừa tá tràng gặp từ 9 - 20% ở bệnh nhân có sỏi trong ống mật chủ (OMC), tỷ lệ này tăng dần theo tuổi, là một trong những yếu tố nguy cơ hình thành sỏi mật và cũng là một yếu tố gây trở ngại lớn trong điều trị bằng phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND). **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả và tính an toàn của NSMTND trong điều trị sỏi OMC ở bệnh nhân có túi thừa quanh nhú Vater. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 73 bệnh nhân sỏi OMC có túi thừa quanh nhú Vater, được điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian từ 01/2019 - 07/2020. Bệnh nhân được nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi. **Kết quả:** Có 56,2% nam và 43,8% nữ, tuổi trung bình $71,1 \pm 13,4$ (thấp nhất 37 tuổi, cao nhất 96 tuổi). Tỷ lệ thông nhú thành công 94,5%; trong đó type 1 là 81,8%, type 2 là 93,3% và type 3 là 100%, không có sự khác biệt về tỷ lệ thông nhú thành công giữa 3 type ($p > 0,05$). Thực hiện cắt cơ vòng 85,5%, không cắt cơ vòng 14,5%, cắt kết hợp nong 62,7%. Tỷ lệ lấy hết sỏi 89,9%, không có sự khác biệt về tỷ lệ lấy hết sỏi giữa 3 type túi thừa ($p > 0,05$). Đa số lấy sỏi bằng bóng 59,4%, bằng rọ 21,7%, rọ kết hợp bóng 18,9%. Tán sỏi cơ học bằng rọ 15,9%, có sự khác biệt về tỷ lệ tán sỏi giữa type 1, type 2 và type 3 lần lượt là 44,4%, 21,4% và 3,1% ($p < 0,05$). Thời gian can thiệp trung bình $31,2 \pm 12,8$ phút, nhanh nhất 10 phút, lâu nhất 60 phút, không có sự khác biệt về thời gian can thiệp giữa các type ($p > 0,05$). Tỷ lệ tai biến chứng chiếm 5,5% trong đó thủng tá tràng 1,4% (1 ca type 2) do cắt cơ vòng bằng dao kim, viêm tụy cấp tính 4,1% (1 ca type 1, 2 ca type 3), không có sự khác biệt về tỷ lệ tai biến giữa các type túi thừa ($p > 0,05$). **Kết luận:** NSMTND là an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi OMC ở bệnh nhân có túi thừa tá tràng quanh nhú Vater với tỷ lệ thành công cao và biến chứng thấp.

Từ khóa: Sỏi ống mật chủ, túi thừa tá tràng, nội soi mật tụy ngược dòng.

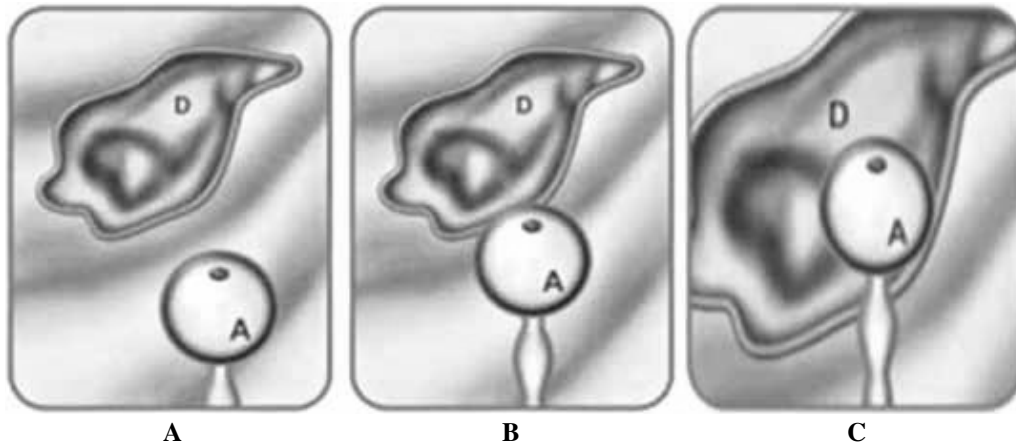
I. Đặt vấn đề

Bệnh lý sỏi đường mật, đặc biệt sỏi trong ống mật chủ (OMC) là bệnh hay gặp trong các bệnh lý gan mật, thường gây nên các biến chứng nặng nề như viêm đường mật cấp (VĐMC), viêm tụy cấp (VTC), thủng mật phúc mạc, chảy máu đường mật, sốc mật... [1].

Đã có nhiều phương pháp điều trị sỏi mật như: điều trị nội khoa, phẫu thuật (mở, nội soi), tán sỏi điện thủy lực, tán sỏi bằng Laser và lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) [2]... Trong đó, nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi được coi là phương pháp ưu việt nhất hiện nay vì can thiệp qua đường tự nhiên, thời gian can thiệp và nằm viện ngắn, tỷ lệ thành công cao, ít sang chấn và biến chứng, chăm

sóc nhẹ nhàng, hồi phục nhanh, chi phí thấp [3].

Tuy nhiên trong một số trường hợp, NSMTND lấy sỏi OMC sẽ gặp rất nhiều khó khăn ở những bệnh nhân có sự thay đổi giải phẫu so với thông thường: bệnh nhân cắt đoạn dạ dày, có sẹo loét tá tràng, nhú Vater lạc chỗ..., đặc biệt là túi thừa tá tràng. Túi thừa tá tràng là những túi nhỏ phồng ra bên ngoài thành tá tràng, chúng là kết quả của sự sa lổp niêm mạc hoặc toàn bộ thành tá tràng. Túi thừa tá tràng thường lành tính, nhưng ở một số trường hợp túi thừa xuất hiện quanh nhú Vater là một trong những trở ngại hay gặp nhất đối với NSMTND lấy sỏi OMC, trong nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ gặp túi thừa tá tràng quanh nhú Vater là 9 - 32%, tỷ lệ này tăng dần theo tuổi [4].



Hình 1. Các type túi thừa quanh nhú Vater; Type 3 với nhú nằm ngoài túi thừa (A). Type 2 với nhú nằm bờ túi thừa (B). Type 1 với nhú nằm trong túi thừa (C) [14]

Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về giá trị của NSMTND trong điều trị sỏi OMC, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về NSMTND ở bệnh nhân có túi thừa quanh nhú. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu sau:

Đánh giá kết quả và tính an toàn của NSMTND trong điều trị ở bệnh nhân có túi thừa quanh nhú Vater

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân sỏi OMC có túi thừa tá tràng quanh nhú Vater có chỉ định NSMTND lấy sỏi tại Viện điều trị các bệnh tiêu hóa – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2019 đến tháng 07/2020.

* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Lâm sàng có triệu chứng gợi ý sỏi OMC: đau hạ sườn phải, sốt rét run, da niêm mạc vàng.
- Cận lâm sàng: có sỏi OMC trên ít nhất một trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (Siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, siêu âm nội soi, chụp đường mật qua NSMTND).
- Có túi thừa tá tràng quanh nhú Vater quan sát thấy qua nội soi và được phân loại chia làm 3 type; type 1: nhú Vater nằm ở trong túi thừa, type 2: nhú nằm ở bờ túi thừa, type 3: nhú nằm ngoài túi thừa [14].

- Bệnh nhân đồng ý NSMTND lấy sỏi OMC.

* Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- Có các chống chỉ định nội soi đường tiêu hóa trên:

- Loét lớn hành tá tràng đang hoạt động, xuất huyết tiêu hóa trên

- Sỏi ống mật chủ kích thước > 3 cm.

- Sỏi kết hợp với bệnh lý ác tính đường mật hoặc u đầu tụy.

- Sỏi ống mật chủ đang có biến chứng ngoại khoa cấp cứu (thấm mật phúc mạc, viêm phúc mạc mật, chảy máu đường mật) hoặc đang sốc mật, suy đa tạng chưa ổn định.

- Rối loạn đông chảy máu nặng chưa điều chỉnh hoặc tình trạng sức khỏe nguy kịch đe dọa tử vong.

- Bệnh nhân đang mang thai.

- Bệnh nhân không hợp tác thực hiện kỹ thuật.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

* Phương tiện nghiên cứu:

- Dàn máy nội soi Olympus CV180, dây soi cửa sổ nhìn bên. Máy cắt đốt Erbe. Máy C-arm có màn tăng sáng. Họng cấp oxy, họng hút áp lực âm.

- Dụng cụ tiêu hao và thuốc phục vụ kỹ thuật NSMTND đủ.

* Các bước tiến hành

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm công thức máu, đông máu, sinh hóa, miễn dịch, điện tim, X-quang tim phổi.

- Thực hiện kỹ thuật: Theo quy trình NSMTND của Bộ Y tế

Bệnh nhân nhịn ăn quá 6 giờ, được tiền mê hoặc gây mê

Nội soi bằng ống cửa sổ nhìn bên, tìm nướ Vater, đánh giá vị trí túi thừa, lựa chọn phương pháp thông nhú thích hợp. Một số trường hợp nhú ở trong túi thừa có thể phải bộc lộ nhú bằng cách tiêm hạ niêm mạc phía sau nhú hoặc dùng clip kéo và ghim ra phía bờ túi thừa. Chụp cản quang đường mật xác định vị trí kích thước của sỏi để đưa ra các biện pháp xử lý thích hợp. Cắt cơ oddi tối thiểu tránh bị rách khi nong bóng hoặc khi kéo sỏi bằng bóng hoặc rọ, tránh đường cắt hướng về rìa túi thừa. Nong rộng đường mật nếu sỏi trên 1cm, nong từ từ với áp lực thấp, vừa nong vừa quan sát vì dễ bị rách về phía trung tâm túi thừa. Nếu sỏi lớn trên 1,5 cm nên nghiền sỏi bằng rọ tán trước khi kéo sỏi, chú ý khi luồng rọ tán dễ trượt vào túi thừa gây thủng.

* Các chỉ tiêu nghiên cứu: Dựa trên đặc điểm nhân trắc học, đặc điểm túi thừa tá tràng, một số

đặc điểm liên quan đến kỹ thuật áp dụng, kết quả lấy sỏi qua NSMTND, những tai biến biến chứng.

* Thống kê, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả nghiên cứu

Từ tháng 1/2019 đến tháng 7/2020 chúng tôi đã tiếp nhận 73 bệnh nhân sỏi OMC có túi thừa tá tràng đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu, các bệnh nhân được chỉ định lấy sỏi qua NSMTND.

Phân bố tuổi và giới

- Tuổi trung bình: $71,1 \pm 13,4$; nhỏ nhất 37 tuổi, lớn nhất 96 tuổi.

- Nam giới chiếm tỉ lệ 56,2% (41 BN); nữ giới chiếm 43,8% (32 BN); Nam/Nữ: 1,28.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và giới giữa các type túi thừa ($p > 0,05$).

Đặc điểm túi thừa tá tràng

Bảng 1. Một số đặc điểm của túi thừa tá tràng

Đặc điểm túi thừa	N (73)	%
Số lượng túi thừa:		
1 túi	69	94,5
2 túi	4	5,5
> 2 túi	0	0
Kích thước túi thừa:		
< 1,5 cm	19	26,0
1,5 - 3 cm	34	46,6
> 3 cm	20	27,4
Type túi thừa:		
Type 1	11	15,1
Type 2	30	41,1
Type 3	32	43,8
Tổng	73	100

Nhận xét: Đa số gặp 1 túi thừa 69/73 (94,5%); 2 túi thừa chiếm 4/73 (5,5%) chỉ gặp ở túi thừa type 3; không gặp bệnh nhân nào có trên 2 túi thừa quanh nhú Vater. Kích thước túi thừa từ 1,5 - 3 cm: chiếm tỷ lệ cao nhất 34/73 (46,6%). Túi thừa type 1 gặp ít nhất với 11/73 (15,1%); type 2 và type 3 có tỷ lệ gặp gần tương đương 30/73 (41,1%) và 32/73 (43,8%).

Đặc điểm liên quan đến kỹ thuật

Bảng 2. Tỷ lệ thông nhú thành công, thất bại theo các type túi thừa (n = 73)

Thông nhú	Type 1 (n = 11)	Type 2 (n = 30)	Type 3 (n = 32)	p
Thành công	9 (81,8%)	28 (93,3%)	32 (100%)	P ₁₂ = 0,288
Thất bại	2 (18,2%)	2 (6,7%)	0 (0%)	P ₂₃ = 0,230; P ₁₃ = 0,061
Tổng	11 (100%)	30 (100%)	32 (100%)	

Nhận xét: Tỷ lệ thông nhú thành công nói chung là 69/73 BN (94,5%). Có 4 BN (chiếm 5,5%) không thể thông nhú được, phải chuyển phương pháp điều trị. Trong đó tỷ lệ thông nhú thành công ở type 1: 81,8%; type 2: 93,3% thấp hơn tỷ lệ thành công ở type 3: 100%. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ thông nhú thất bại giữa các type là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Tỷ lệ cắt cơ vòng (n = 69)

Cắt cơ vòng	Số lượng	Tỷ lệ %
Cắt cơ vòng	59	85,5
Không cắt cơ vòng	10	14,5
Tổng	69	100

Nhận xét: Thực hiện cắt cơ vòng sau thông nhú chiếm 59/69 (85,5%); không cắt cơ vòng 10/69 (14,5%) do sỏi phát sau NSMTND đã được cắt cơ vòng lần can thiệp trước.

Bảng 4. Phân bố phương pháp cắt cơ vòng (n = 59)

Phương pháp cắt cơ vòng	Số lượng	Tỷ lệ %
Cắt bằng dao cung	56	94,9
Cắt bằng dao kim	3	5,1
Tổng	59	100

Nhận xét: Chủ yếu cắt cơ vòng bằng dao cung 56/59 (94,9%); cắt bằng dao kim sau khi thất bại bằng dao cung 3/59 (5,1%); trong đó cắt kết hợp nong bóng chiếm 37/59 (62,7%).

Bảng 5. Dụng cụ lấy sỏi (n = 69)

Dụng cụ lấy sỏi	Số lượng	Tỷ lệ %
Rọ	15	21,7
Bóng	41	59,4
Rọ + bóng	13	18,9
Tổng	69	100

Nhận xét: Về dụng cụ lấy sỏi, đa số được lấy sỏi bằng bóng chiếm 41/69 (59,4%); rọ kết hợp bóng 13/69 (18,9%) ở những trường hợp sỏi to hoặc hẹp OMC đoạn thấp.

Bảng 6. Tỷ lệ tán sỏi theo các type túi thừa (n = 69)

Tán sỏi	Type 1 (n = 9)	Type 2 (n = 28)	Type 3 (n = 32)	p
Tán sỏi	4 (5,8%)	6 (8,7%)	1 (1,4%)	$P_{12} = 0,117$
Không tán sỏi	5 (7,2%)	22 (31,9%)	31 (45,0%)	$P_{13} = 0,006$ $P_{23} = 0,034$
Tổng	9 (100%)	28 (100%)	32 (100%)	

Nhận xét: Có 11/69 (15,9%) phải dùng tán sỏi cơ học. Trong đó nhóm túi thừa type 3 có tỷ lệ tán sỏi thấp nhất (3,1%). Sự khác biệt về tỷ lệ tán sỏi giữa type 1 và type 2 so với type 3 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả lấy sỏi và biến chứng của NSMTND phút, lâu nhất 60 phút. Không có sự khác biệt
 Thời gian can thiệp trung bình của cả nhóm về thời gian can thiệp giữa các type túi thừa
 nghiên cứu $31,2 \pm 12,8$ phút, nhanh nhất 10 ($p > 0,05$).

Bảng 7. Kết quả lấy sỏi giữa các type túi thừa (n = 69)

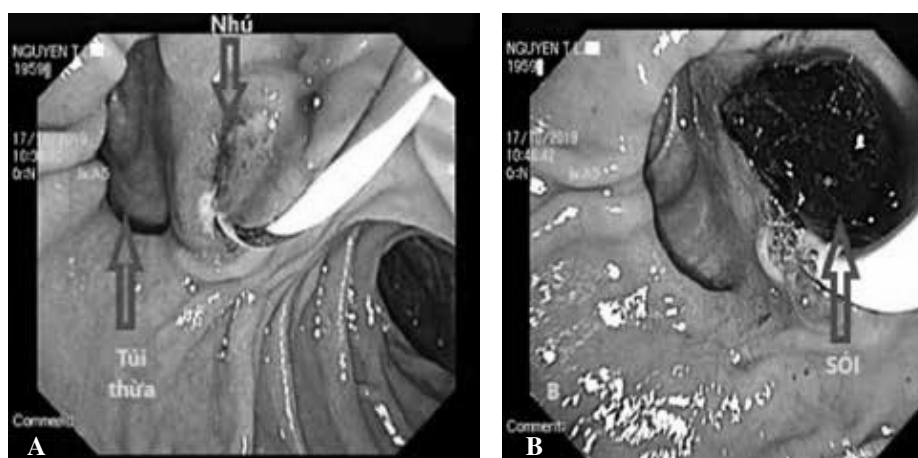
Kết quả	Type 1 (n = 9)	Type 2 (n = 28)	Type 3 (n = 32)	p
Tỷ lệ lấy hết sỏi	8 (88,9%)	24 (85,7%)	30 (93,8%)	0,128
Tỷ lệ lấy không hết sỏi	1 (11,1%)	4 (14,3%)	2 (6,3%)	
Tổng	9 (100%)	28 (100%)	32 (100%)	

Nhận xét: Trong 69 ca thông nhú thành công có tỷ lệ lấy hết sỏi 62/69 ca chiếm 89,9%; không lấy hết sỏi 7/69 chiếm 10,1%. Những ca không lấy hết sỏi được đặt stent hẹn can thiệp lần sau. Sự khác biệt về tỷ lệ lấy hết sỏi giữa các type túi thừa là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 8. Tai biến, biến chứng của NSMTND giữa các type túi thừa (n = 73)

Tai biến, biến chứng	Type 1 (n = 11)	Type 2 (n = 30)	Type 3 (n = 32)	p
Thủng	0 (0%)	1 (3,3%)	0 (0%)	0,464
Viêm tụy cấp	1 (9,1%)	0 (0%)	2 (6,3%)	
Không tai biến, biến chứng	10 (90,9%)	29 (96,7%)	30 (93,7%)	
Tổng	9 (100%)	28 (100%)	32 (100%)	

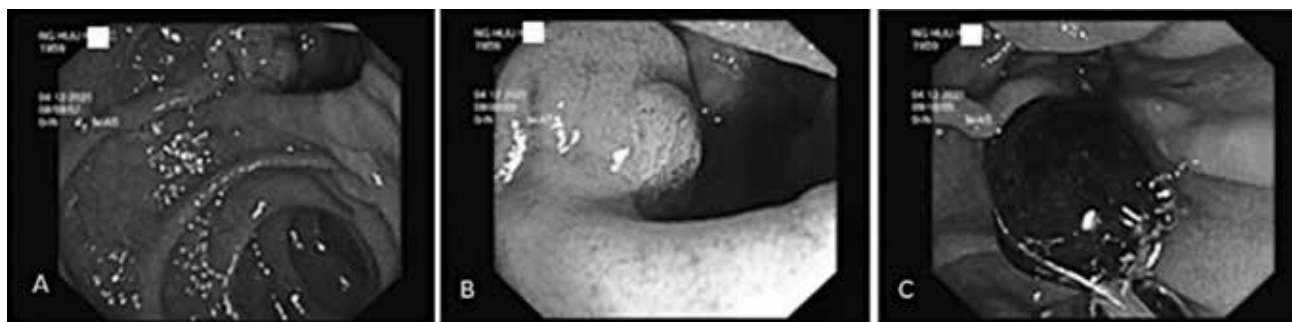
Nhận xét: Biến chứng thủng chiếm 1/73 (1,4%) gặp ở túi thừa type 2; viêm tụy cấp 3/73 chiếm 4,1% gặp ở túi thừa type 1 và 3; không biến chứng 69/73 chiếm 94,5%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tai biến, biến chứng giữa các type túi thừa ($p > 0,05$).



Hình 2. A: Nhú nằm ở bờ túi thừa (type 2) với Guidewire đã đưa lên đường mật.

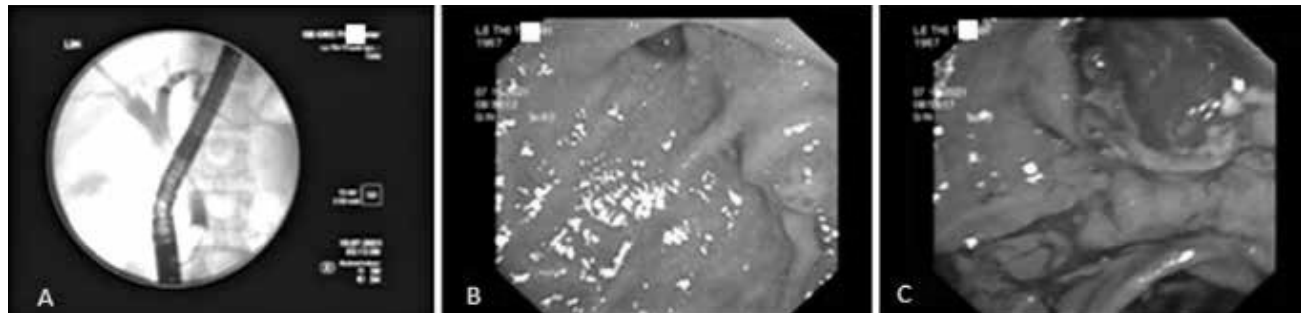
B: SOMC đã được lấy ra ngoài bằng bóng.

BN: Nguyễn Thị L. 60 tuổi



Hình 3. A-B: Nhú nằm ở trong túi thừa (type 1). C: SOMC lấy ra tá tràng bằng rọ lấy sỏi.

BN: Nguyễn Hữu N, 62 tuổi



Hình 4. A: SOMC qua chụp đường mật bằng NSMTND. B: Nhú nằm ở ngoài túi thừa (type 3).

C: Nhú sau cắt cơ oddi

BN: Lê Thị T, 52 tuổi

III. Bàn luận

- Bảng 1 cho thấy tỉ lệ thông nhú thành công của nhóm nghiên cứu 69/73 chiếm 94,5%, thất bại 4/73 chiếm 5,5%. Mặc dù thực hiện NSMTND lấy sỏi OMC trên bệnh nhân có túi thừa tá tràng quanh nhú Vater nhưng tỉ lệ thông nhú thành công của chúng tôi không khác nhiều so với một số tác giả khác [5], điều quan trọng nhất là tìm và bộc lộ được nhú. Theo Lê Đức Phúc (2006) tỉ lệ thông nhú thành công 94,3% trong 70 trường hợp [6], theo Hồ Văn Hân (2010) tỉ lệ này là 98% trong 256 trường hợp [7]. Chúng tôi thực hiện thông nhú thất bại ở 4 bệnh nhân đều do tiếp cận nhú không thuận lợi, không trường hợp nào không tìm thấy nhú. Thất bại 2 ca type 1 do túi thừa lớn, tiếp cận nhú khó khăn, máy nội soi chỉ tiếp cận được nhú ở khoảng cách xa nên không thể thông lên đường mật. 2 ca túi thừa type 2 thất bại do vị trí nhú nằm ở mép trong của túi thừa, làm thay đổi vị trí thông thường của nhú. Khi đưa dao cung và catheter vào thì nhú ở vị trí theo phương tiếp tuyến.

- Chúng tôi thực hiện cắt cơ vòng 59/69 bệnh nhân chiếm 85,5%; không cắt cơ vòng 10/69 chiếm 14,5% (10 ca tái phát sau NSMTND). Với những bệnh nhân tái phát sỏi qua NSMTND thì can thiệp lại rất thuận lợi: không gặp khó khăn trong thông nhú, có thể không phải cắt cơ vòng do đã được cắt rộng trong lần can thiệp trước.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 10 bệnh nhân tái phát sỏi sau NSMTND đều thông nhú dễ dàng, không cần cắt cơ vòng, và đều thực hiện lấy sỏi thành công.

- Trong 59 bệnh nhân cắt cơ vòng, thực hiện cắt bằng dao cung 56/59 ca chiếm 94,9%; cắt trước bằng dao kim 3/59 chiếm 5,1%; cắt kết hợp nong bóng 37/59 chiếm 62,7%. Tỉ lệ về phương pháp cắt cơ vòng của chúng tôi tương đương với nhiều nghiên cứu khác: La Văn Phương (2005) thực hiện cắt bằng dao cung 93,7%; cắt trước bằng dao kim 6,3%; Lee và CS (2020) [8] tỉ lệ này lần lượt là 92,9%; 7,1%. Hầu hết các tác giả trong và ngoài nước đều cố gắng thông nhú với Guidewires dẫn đường sau đó thực hiện kỹ thuật cắt chuẩn bằng dao cung. Kỹ thuật cắt trước bằng dao kim (Precut) là 1 kỹ thuật khó, đòi hỏi kỹ thuật cao đồng thời cũng rất dễ xảy ra tai biến đặc biệt là thủng tá tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện cắt trước ở 3 bệnh nhân có sỏi ở đoạn thấp OMC và có đường mật đoạn trong tá tràng dài. Về kỹ thuật chúng tôi chỉ cắt trước tối thiểu để đưa Guidewires lên đường mật sau đó chuyển dao cung để cắt. Do thực hiện kỹ thuật trên những bệnh nhân có túi thừa quanh nhú nguy cơ thủng cao nên đa số chúng tôi thực hiện cắt hạn chế sau đó kết hợp nong cơ vòng bằng bóng. Do vậy, tỉ lệ cắt kết hợp nong cơ vòng của chúng tôi chiếm tỉ lệ cao 62,7%.

- Đa số bệnh nhân được lấy sỏi bằng bóng (41/69 BN) chiếm 59,4%; lấy sỏi bằng rọ 15/69 chiếm 21,7%; rọ kết hợp bóng 13/69 chiếm 18,9%. Dụng cụ lấy sỏi chúng tôi sử dụng có sự khác biệt so với một số tác giả: Dương Xuân Như (2019) chủ yếu sử dụng rọ 83%; dùng bóng 8,5% và rọ kết hợp bóng 8,5% [9], Trần Như Nguyên Phương cũng chủ yếu dùng rọ chiếm 66,7%; bóng 9,2%; bóng kết hợp rọ 24,1% [10]. Có sự khác biệt này do túi thừa tá tràng quanh nhú làm biến đổi giải phẫu nên chúng tôi giữ Guidewires và ưu tiên lấy sỏi bằng bóng thuận lợi hơn lấy sỏi bằng rọ, thành túi thừa cũng mỏng nên khi đưa dụng cụ không có Guidewires dẫn đường có thể dẫn tới nguy cơ thủng túi thừa.

- Thời gian can thiệp trung bình của cả nhóm nghiên cứu $32 \pm 13,4$ phút, nhanh nhất 10 phút, lâu nhất 60 phút. Thời gian can thiệp của chúng tôi lâu hơn một số tác giả: Dương Xuân Như (2019) có thời gian can thiệp trung bình $18,3 \pm 9,8$ (phút) [9], Trần Như Nguyên Phương thời gian can thiệp trung bình $20,73 \pm 14,52$ (phút) [10], sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này giải thích do nhóm nghiên cứu của chúng tôi có túi thừa tá tràng quanh nhú Vater, đây là một trong những yếu tố khó khăn của NSMTND.

- Tỷ lệ lấy hết sỏi 62/69 ca chiếm 89,9%; không lấy hết sỏi 7/69 chiếm 10,1%; những ca lấy không hết sỏi đều đặt stent thành công hẹn can thiệp lần sau. Tỷ lệ lấy hết sỏi trong lần can thiệp tương đương một số tác giả khác: Hu Y. và CS có tỷ lệ lấy hết sỏi 94,4% [11].

- Tỷ lệ tai biến, biến chứng gặp 4 ca (5,5%) là thủng và viêm tụy cấp mức độ vừa, 1 ca thủng là do túi thừa làm lệch hướng đi của lỗ nhú và đường mật nên tư thế cắt không tốt nhú bị vặn nên cuốn vào thành tá tràng khi cắt gây thủng và chảy máu làm mất tầm nhìn, chúng tôi phát hiện sớm ca này sau đó mổ cấp cứu sau 1 giờ. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu Hu Y. và CS là 4,2%, Cotton và CS là 4% [12], Masci.E và CS là 4,95% [13].

IV. Kết luận

NSMTND là an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi OMC ở bệnh nhân có túi thừa tá tràng quanh nhú Vater với tỷ lệ thành công cao và biến chứng thấp. Tỷ lệ thành công của thủ thuật không phụ thuộc vào type túi thừa.

Tài liệu tham khảo

1. Lê Quang Quốc Ánh (2003), Nội soi mật tụy. Nhà xuất bản Y học.
2. Lê Trung Hải (2008), "Sỏi ống mật chủ". Bệnh học ngoại khoa bụng. Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân.
3. Frossard, J.L., Morel, P.M. (2010), "Detection and management of bile duct stones", *Gastrointest Endosc.* 72 (4): 808-16.
4. Loffeld, R.J., Dekkers, P.E. (2016), "The Impact of Duodenal Diverticuli and the Execution of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography", *Int Sch Res Notices.* 2016 5026289.
5. Altonbury A.Y., Bahgat M.H. (2016), "Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in perampullary diverticulum: The challenge of cannulation". *World J Gastrointest Endosc;* 8(6): 282-287.
6. Lê Đức Phúc (2006), Hình ảnh và hiệu quả điều trị sỏi ống mật chủ qua nội soi mật tụy ngược dòng. Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
7. Hồ Văn Hân, Trần Duy Bình, Nguyễn Văn Hải, (2010), "Can thiệp điều trị qua nội soi mật - tụy ngược dòng", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 14 (4): 67-73.
8. Lee, Y.S., Cho, C.M. (2021), "Difficult biliary cannulation from the perspective of post-Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Pancreatitis: Identifying the optimal timing for the rescue cannulation technique". *Gut Liver;* 15(3):459-465
9. Dương Xuân Như (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và kết quả điều trị sỏi ống mật chủ ở người cao tuổi bằng NSMTND. Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
10. Trần Như Nguyên Phương, Hồ Ngọc Sang, Lê Phước Anh và CS (2012), "Điều trị sỏi ống mật chủ bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 05/2005 đến 05/2012", *Tạp chí Y học thực hành.* 832+833 44-49.
11. Hu Y., Kou DQ. & Guo SB. (2020), "The influence of perampullary diverticula on ERCP for treatment of common bile duct stones". *Sci Rep* 10,11477.

12. Cotton, P.B., Garrow, D.A., et al. (2009), "Risk factors for complications after ERCP: a multivariate analysis of 11,497 procedures over 12 years", *Gastrointest Endosc.* 70 (1): 80-8.
13. Masci, E., Toti, G., et al. (2001), "Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study", *Am J Gastroenterol.* 96 (2): 417-23.
14. Sun Z., Bo W., et al. (2016), "Different Types of Periapillary Duodenal Diverticula Are Associated with Occurrence and Recurrence of Bile Duct Stones: A Case-Control Study from a Chinese Center", *Gastroenterol Res Pract.* 2016 9381759.